

生氣性うつ病の弁証論治

兵庫県立光風病院

岩井圭司

日本東洋心身医学研究会誌 1992 Vol. 7 No. 1

〔平成4年10月30日発行〕

生氣性うつ病の弁証論治

岩井 圭司*

要約： 生氣性うつ病は、ドイツ語圏の精神病理学によって提出された概念で、内因性うつ病のうちでも身体違和感を特徴とするものである。筆者は、生氣性うつ病患者と著明な身体的症状を訴える抑うつ神経症患者とを中医学的に観察した。陰虚症状は生氣性うつ病では顕著にみられたが、抑うつ神経症ではみられなかった。生氣性うつ病では、人体のより深い部位(裏)に病邪が侵入していると考えられた。さらに、中医学の見地からすると、一般に精神障害者では、自覚症状と他覚症状との間、ないし精神症状と身体症状との間で何らかの解離があると考えられた。抑うつ症状は単純に虚証に分類され得るものではない。また、虚実概念はジャクソン主義という陽性症状—陰性症状とも異なるものであって、前者の“実”が病理的に生成された“過剰”を意味しているのに対して、後者の“陽性症状”とは生理的に存在する下位機能の開放を反映するものであるにすぎない。

I. はじめに

うつ病の中には、患者の訴えが身体的な症状に集中する症例、あるいは、そういった時期がみられることがある。例えば、それは悪寒・戦慄などの感冒様症状であったり、頭痛であったり、循環器・呼吸器・消化器の諸症状であったり、また、単なる全身倦怠感であったり様々である。Kral, VA³⁾の仮面うつ病は、もともとは定型的な抑うつ症状を呈さないために診断が困難であるうつ病に対して提出された概念であったが、今日では専ら身体的症状が前景に立つうつ病を指すようになっているのは周知のとおりである。

一方、ドイツ語圏の精神病理学では、Schneider, K⁶⁾がScheler, Mの成層説を援用して以来、感情を肉体感情 Leibgefühle (または生氣感情 vitale Gefühle) と心的感情 seelische Gefühle (または情

動 Gemütsbewegung) に分類して考える伝統がある。それによると、うつ病でみられる身体的な(自覚)症状は生氣障害、生氣的抑うつと呼ばれ、「自己身体像に関する抑うつ感情である」とか、「漠然とした自己不安全感が身体的な訴えの形をとったものである」などというように、抑うつ症状そのものの一種であると理解されてきた。これらはうつ病の部分症状であることもあり、横断的な病像として生じることもあり、縦断的に謂ばうつ病の一種型としてみられることもある。

ここでは、もっぱら横断像としての生氣障害、生氣的抑うつを対象として、うつ病の経過におけるそれらの消長を中医学的視点から考えてみることにする。

Key words (キーワード) vital depression (生氣性うつ病), traditional Chinese medicine (中医学), yin deficiency (陰虚), Jacksonism (ジャクソン主義), positive-negative symptoms (陽性症状—陰性症状)

1992年8月3日受稿

* 兵庫県立光風病院(岩井圭司：〒651-12 神戸市北区山田町上谷上登尾3)

〈表1〉 生気障害を呈したうつ病症例

性 年令	躁 期			生 気 性 う つ 期		
	舌 質	舌 苔	脈	舌 質	舌 苔	脈
〔双極型うつ病(躁うつ病)〕						
T. S 男 38	胖、淡、湿	白、滑	細、数	紅、乾	乏苔	緊、数
Y. S 男 52	紅、乾	白～黄膩	弦、数	紅、乾	乏苔	沈
A. Y 男 58	淡紅	黄、膩	弦、数	淡紅、乾	乏苔	沈
N. H 男 38	淡紅	白、薄	平	淡紅	白、薄	平
〔単極型うつ病〕						
	非 生 気 性 う つ 期			生 気 性 う つ 期		
S. I 男 51	淡紅	黄、薄	弦	紅、滑	黄膩～黒乾	細、沈、数

II. 対象と結果

演者の自験例から、いわゆる内因性うつ病のうち経過中にはっきりした生氣的抑うつを呈した5例(双極型うつ病(躁うつ病)4例と単極型うつ病1例)を表1に挙げてみた。躁期とうつ期で生気障害の顕著だった時期とについて、あるいは、生気障害の顕著であった時期と生気障害が認められなかった時期とについて、最も最近の各病相期での舌診と脈診の所見を表に示した。

表1にあるように生氣的抑うつがみられた時期においては、躁病期やあるいはうつ病期で生気障害がみられなかったときに比べて、乾燥症状ないし津液不足・陰虚の所見(舌質乾, 舌苔, 沈脈)がはっきりとみられ、寒熱に関しては、どちらかといえば熱証寄りであることがみてとれる。

一方、神経症レベルの病態の抑うつ症状で生気障害がみられたときの舌診・脈診の所見をみると、陰(液)にかかわる所見は明らかではない(表2)。

前述のように主として心療内科領域では、身体的訴えが前景に出た抑うつ状態を「仮面うつ病」と一括して呼ぶ傾向がないではないが、東洋医学の見地からみても、いわゆる内因性うつ病の生気障害と神経症性のものとはやはり区別する必要があるということになる。

もっとも、この表では単純化して示したが、実際の経過はもう少し複雑である。次にこのうちの1例 T. S. について、やや詳細に検討してみることにする。

〈表2〉 神経症性うつ病(抑うつ神経症)症例

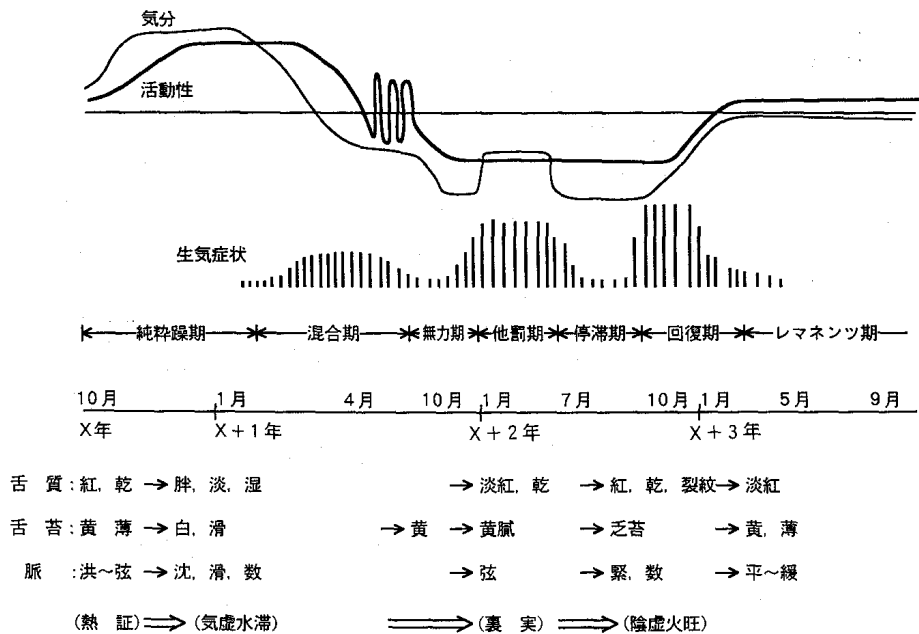
性 年令	舌 質	舌 苔	脈
T. Y 男 60	胖、微紅、裂紋	黄、膩	弦、結
T. B 男 64	瘦、淡紅	白、薄	細、沈
C. H 女 71	淡、滑	白、薄	細、沈
S. B 女 65	淡紅	黄、膩	沈、弦

III. 教示症例とその中医学的検討

症例は、38歳のやや肥満気味ながらがっしりとした体格の化学系の技術者である。発病後20年目(図中ではX年)に4度目の躁期を迎えてから、約1年半にわたる長いうつ期を経て安定にいたるまでの2年半余の経過をダイアグラムにして図1に示した。精神症状は便宜上、気分と活動性を指標として図中に曲線で表した。この間の経過は、以下の7期に分けてとらえることが可能であった(簡明のため、図中では時間軸は不均一な座標となっている)。

1) 純粹躁期: 典型的な躁病症状は、伝統的に概ね熱証の反映と考えられている⁹⁾が、この症例でも躁病期の初期においては、舌診および脈診上、熱証を示していた。

2) 混合期: 過活動が続き、外見上まだまだ躁的ながらも、自覚的には気分が下降しだしたX+1年2月頃より、舌診脈診の所見は気虚水滯へと移行している。やがてそのまま、いわゆる躁うつ混合状態へと移行していったが、この時期には生気障害として、舌診脈診の所見とは裏腹に、顕著な体熱感を伴う全身倦怠感が訴えられた。



〈図1〉 症例 T. S. 38歳 男

0241-409310

3) 無力期: X+1年9月頃より抑制症状の著明な無力期に入り, 身体症状ないし生気症状は一時的軽減した。患者は無為無欲で訴えの少ない時期であった。

4) 他罰期: X+2年の1月頃から, 家族に対して他罰的かつ攻撃的な言動をとった時期が5カ月続いた。この時期には高度の便秘を認め, 頭痛, めまい, 四肢冷感など頑固に訴えていた。舌診脈診上は「裏実熱」と判断された。

5) 停滞期: 再び抑制症状の著明な時期がX+2年7月より3カ月ほどみられた。しかし, この時期には患者は自己の病状と生活の停滞感, 閉塞感をしきりと嘆き訴えていた。

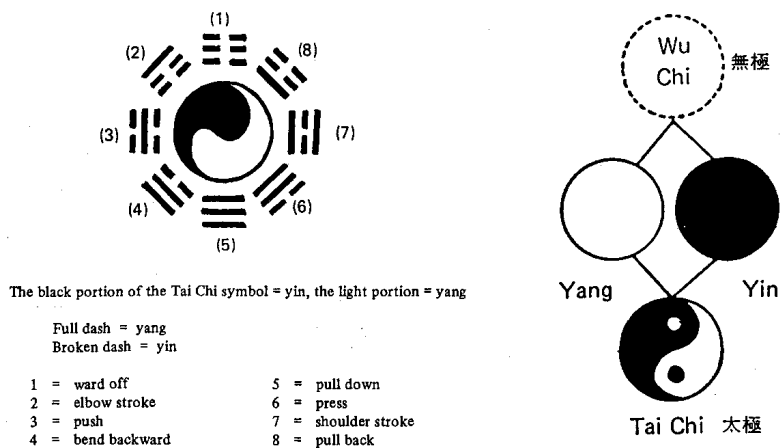
6) 回復期: その年の秋頃からは, うつの気分・活動性低下とともに徐々に回復に向かった。しかし, この回復期においては, 胸脇苦満, 梅核気, 様々な感冒様症状, 動悸, 腹痛を伴う激しい下痢と便秘の繰り返しなどを認めた。舌診脈診上は, 津液・陰液の消耗に熱証が加わった状態, 陰虛火旺(いわゆる虚熱)の所見がみられた。そしてそれらの生気症状が徐々に消褪するにつれて, 全般的なうつ病症状も消失していった。

7) レマネンツ期: X+3年2月より新しい職を得, 2年余のブランクを終えて再び就労することができた。以後今日まで, 職業的・家庭的に安定した生活をおくっているが, 患者によると, 「職場では自分の完全癖と会社の要求する能率主義とのはざまにあって, 自分のやっていることが常に中途半端でしかないことに負い目を感じている」とのことである。Tellenbach, H⁷⁾のいう, うつ病患者に特有の“負い目性(レマネンツ)”がみてとれる。

IV. 考 察

前節の症例でみられたように, 躁病は単純に熱証ではないし, うつ病期もまた決して虚証であるとは限らない。むしろこの症例では, 躁病期には過活動に相応するだけのエネルギーの補給が間に合わず体力を消耗していき, 結果として虚証気味の所見を舌と脈に表し, また, うつ病期にはむしろ実証寄りの所見を舌・脈に表しながらも, 有効に気血が発散されないで活動性の低下を来した, というように解釈できる。

つまり, 静的な横断像で躁うつ病の虚実を診る



〈図2〉 太極図⁴⁾

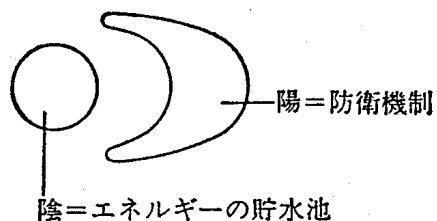
のではなく、「エネルギー出納」とでも呼ぶべき微分係数的な認識が、躁うつ病の弁証論治に必要であると言える。あるいは、患者の活動・表出が、通常の実の証と相関しにくいのが、精神疾患一般の特徴であると言えるのかも知れない。

さて、生気障害についてであるが、生気障害がみられた時期が三つばかりあった。まず、図1にいう混合期であるが、気虚が水分出納にまで影響した結果、津液・陰液の過剰を来した状態であったと考えられる。次に、他罰期であるが、このときには病邪が内攻して裏実熱を呈していた。そして第3に、回復期一生気障害はこの時期に最も顕著であった一においては陰虚火旺が認められた。

結局、より深い病位一表よりも裏、気分よりも血分一で病理反応が起こっているときに生気障害はより顕著だったと言えるだろう。

では、病理が「陰」または「血分」に及ぶとはどういうことか、若干の考察を加えてみることにする。

図2⁴⁾は太極図と呼ばれ、中医学的認識論、また、わが国の陰陽道や易でもよく用いられる図である。それは、陰と陽とは相補的な関係にあり、しかも両者は完全に対称的なものではない、ということを表している。さらに右半では、「陰中に陽あり、陽中に陰あり」「陰きわまれば陽、陽きわまれば陰」を示している。

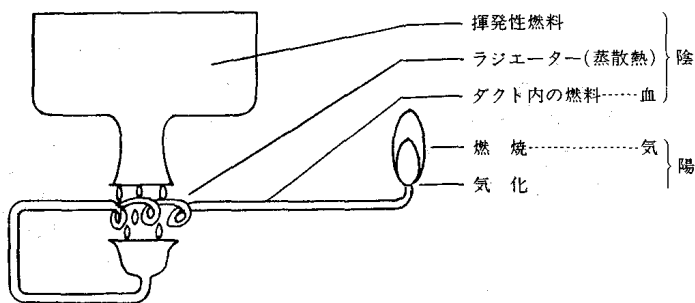


〈図3〉 烈麦の陰陽理論⁵⁾

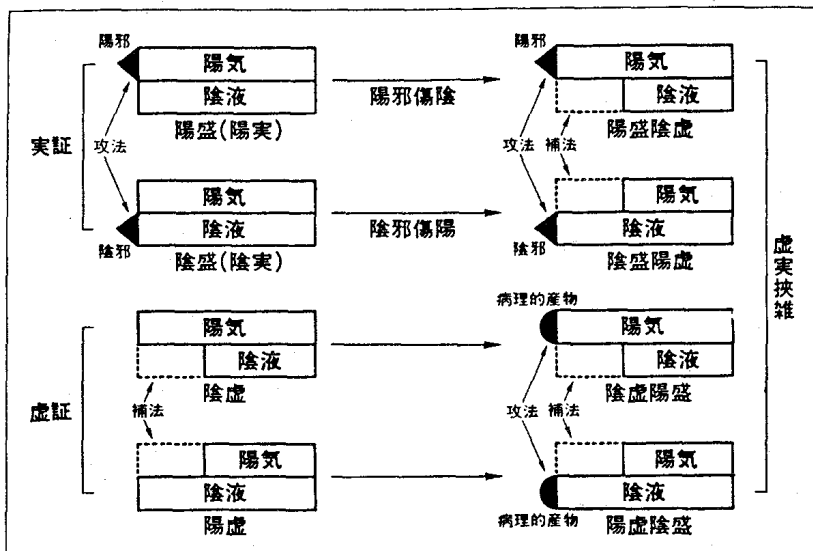
これを生体機能において解釈したのが図3⁵⁾である。香港大学精神科教授、烈麦女史(Lieh-Mak, F)⁴⁾によるもので、太極図の上半を拡大した形になっている。この理論を援用すると、生気性抑うつとは、うつ病において「陽」による防衛機制がやぶれて、障害が「陰」にまで及んだ状態である、と解されることになる。

近似モデルとして燃焼機関を考えてみる(図4¹⁾)。熱産生が活発に行われているように見える場合にも、真に火力が強いつつあって火力が衰えているときに、ラジエーター不全のために装置全体の一時的な過熱化がもたらされた状態が、生気性うつ病でみられる陰虚火旺に近似できると言えよう。

ところが、従来、啓蒙的な漢方医学入門書にあ



〈図4〉 人体の燃焼機関モデル¹⁾



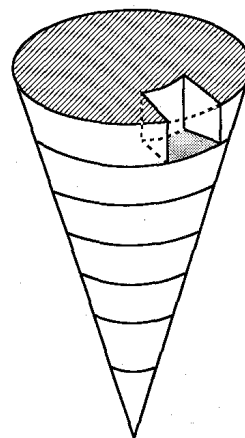
〈図5〉 虚実の概念²⁾

っては、ややもすると体力や体質の充実度、活動性の多寡などをもって「虚実」を1次元的に解説しようとする傾向がないとは言えなかった。

中医学では、陰と陽のそれぞれについて、その病理的余剰と不足を、2次元的に弁証する（図5²⁾）。身体的活動性が低下して、一見虚証と思われるような場合でも、その1次的な起病機序が実証に属する場合には、積極的に攻法、瀉邪法を用いねばならない。

紙数の都合上詳しくは述べられないが、行動上、または自覚症状において、虚証的な特徴（例えば倦怠感、易疲労性など）を有するうつ病患者に対して、実証に用いる方剤を用いる機会が意外に多いことを指摘しておきたい。

症状を「虚実」「陰性陽性」に分けて考える理論



〈図6〉 Jackson, J. H. の進化と解体の理論

は、実は、西洋医学にも伝統的に存在する。図6に、イギリスの神経学者ジャクソンの、神経系の進化と解体の理論を模式図にしてみた。ジャクソンにおける陽性症状とは、上位の機能が解体したときにより原始的な生体機能が表面化する、ということであり、東洋医学、中医学に言う実証のように「余剰」「過剰」という概念ではない。

生体の病理現象を解明するにあたって西洋医学は専ら生理機能の「解体」「不足」を問題にする。それに加えて、「余剰」「過剰」を併せて視野に入れる点が、東洋医学のすぐれた特質の一つであると言えるのではないだろうか。

V. まとめ

内因性うつ病でみられる生氣的抑うつは、陰虚、それも陰虚火旺の反映と考えられることが多く、一般の抑うつ状態に比べて、病位がより深いと考えられた。また、一般に精神障害では、自覚症状と他覚症状との間で著明な解離を来していることがまれではなく、うつ病は、決して単純に虚証と捉えられるべきものではないことを指摘した。

中医学、東洋医学の虚実概念のユニークさについても若干の言及を行った。

文 献

- 1) 岩井圭司, 徐 志偉: 分裂病の中医学的漢方療法—分裂病の経過におけるその治療的特性と戦略—, 精神科治療学 5 (2): 145-121,

1990.

- 2) 神戸中医学研究会: 中医学入門, 医歯薬出版, 東京, 1981.
- 3) Kral, V. A.: Masked depression in middle-aged men. Can. Med. Assoc. J. 79: 1-5, 1958.
- 4) Lieh-Mak, F.: The Yin Yang concept in the treatment of mental illness. In Ogawa, T. (ed.): History of psychiatry—Mental illness and its treatment, proceeding of the 4th international symposium on the comparative history of medicine—East and West, Taniguchi Foundation (業根社, 東京), 1982.
- 5) 中井久夫: 精神療法とその適応を考える試み, 中井久夫著作精神医学の経験 第3巻 治療, 岩崎学術出版社, 東京, p. 122, 1985.
- 6) Schneider, K.: Klinische Psychopathologie, 6th ed. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1962. (平井静也, 鹿子木敏範 訳: 臨床精神病理学, 文光堂, 東京, 1957.)
- 7) Tellenbach, H.: Melancholie — Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik. Springer—Verlag, Berlin, 1976. (木村 敏 訳: メランコリー, みすず書房, 東京, 1985.)

Vital Depression from a Viewpoint of Traditional Chinese Medicine

Keiji Iwai*

Abstract

"Vital depression", offered by German psychopathologists, is a type of endogenous depression, which is featured by physical malaise. The author examined patients with vital depression and depressive neurotics with marked physical complaints by the method of traditional Chinese medicine. "Yin" deficiency was evident in the patients with vital depression, but not in the neurotics. The author think that deeper parts of the body ("li") are invaded in vital depression. And from a viewpoint of traditional Chinese medicine, there is some discrepancy between subjective and objective symptoms, and/or between mental and physical symptoms in mental disorder. Depression cannot simply classified into the "xu (excessiveness)" syndrome. The "xu"- "shi (deficiency)" axis is quite different from the positive-negative concept of Jacksonism's theory, in that the "shi" of the former means abnormally generated "excess" while the "positive symptoms" of the latter only reflect the release of physiologically existing lower functions.

Received for publication, August 3, 1992.

* Kofu Hospital of Hyogo Prefecture

Address Kenji Iwai : Kofu Hospital of Hyogo Prefecture, 3 Noborio, Kami-tanigami, Yamada-cho, Kita-ku, Kobe, 651-12 Japan.